

治療同意書

東京ミッドタウン 先端医療研究所
所長 田口 淳一 殿

私は「樹状細胞ワクチン療法 第6版」について、以下の説明を受けました。

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> はじめに（本療法の内容について） | <input type="checkbox"/> 個人情報の保護について |
| <input type="checkbox"/> 従来のがん治療と樹状細胞ワクチン療法について | <input type="checkbox"/> 補償について |
| <input type="checkbox"/> 樹状細胞ワクチン療法について | <input type="checkbox"/> 知的財産権について |
| <input type="checkbox"/> 本療法の流れについて | <input type="checkbox"/> 利益相反について |
| <input type="checkbox"/> 本療法に対する効果（予測される臨床上の利益）
について | <input type="checkbox"/> 免責事項について |
| <input type="checkbox"/> 副作用および不利益について | <input type="checkbox"/> 確認事項について |
| <input type="checkbox"/> 費用について | <input type="checkbox"/> 研究へのご協力のお願いについて |
| <input type="checkbox"/> 治療を受ける方が未成年の場合について | <input type="checkbox"/> お問い合わせ、健康被害が発生した場合
の連絡先について |

上記に関する説明を十分理解したうえで、治療を希望いたします。
なお、この同意はいつでも撤回できることを確認しています。

同意年月日 _____ 年 ____ 月 ____ 日

(患者様) 氏名

ご住所

ご連絡先

(ご家族様またはそれに準ずる者)

氏名

(続柄 _____)

ご住所

ご連絡先

上記の内容について、同意されたことを確認します。

日付 _____ 年 ____ 月 ____ 日

東京ミッドタウン 先端医療研究所

〒107-6202 東京都港区赤坂 9-7-1 ミッドタウン・タワー 6階

同意取得医師 _____

2018年10月1日作成 第5版